

# La mobilità sanitaria interregionale nei giudizi di parifica della Corte dei conti. Per la costruzione di un modello virtuoso del servizio sanitario regionale fra tenuta unitaria e regionalizzazione del sistema\*

Alessia Fonzi\*\*

**SOMMARIO:** 1. Una prospettiva di studio del fenomeno della mobilità sanitaria interregionale: il giudizio di parificazione della Corte dei conti. – 2. Il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale. Un quadro generale di riferimento per una riflessione sulle criticità e “virtuosità” dei sistemi sanitari regionali. – 3. La centralità dell’erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni nei giudizi di parifica e l’incidenza sul fenomeno della mobilità sanitaria interregionale. – 4. Il rapporto fra risorse assegnate e prestazioni erogate, a partire dall’analisi dei rendiconti delle regioni nei giudizi di parifica della Corte dei conti. – 5. Le possibili risposte al fenomeno della mobilità sanitaria.

**ABSTRACT:**

Lo studio si sofferma sul giudizio di parifica della Corte dei conti quale momento di riflessione sul fenomeno della mobilità sanitaria interregionale e di analisi dei fattori che ne sono alla base e che possono aiutare a comprendere eventuali patologie del sistema. La sfida, infatti, è capire le

---

\* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. L’articolo è stato proposto dall’Autrice in risposta alla *call for papers* intitolata “La mobilità sanitaria interregionale”.

\*\* Ricercatrice (t.d.A) di Diritto Costituzionale nell’Università dell’Aquila.

cause della mobilità ed intervenire sulle stesse al fine di assicurare la tutela della salute sull'intero territorio nazionale, unitamente ad un grado di spesa sostenibile e preventivato. In questa prospettiva è auspicabile un approccio condiviso da parte delle regioni interessate tramite appositi accordi di confine, che dovrebbero favorire una crescente razionalità nell'uso delle risorse, anche attraverso una organizzazione dei servizi ispirata al concetto di reti integrate in ambito sovra-regionale, indispensabile ai fini della valorizzazione delle potenzialità delle diverse sedi che erogano le prestazioni.

*The study focuses on the judgment of the Court of Auditors as a moment of reflection on the phenomenon of interregional health mobility and analysis of the factors underlying it and that can help to understand any pathologies of the system. The challenge, in fact, is to understand the causes of mobility and to intervene on them to ensure the protection of health throughout the national territory, together with a degree of sustainable and budgeted expenditure. In this perspective, a shared approach by the regions concerned is desirable through appropriate agreements, which should encourage increasing rationality in the use of resources, also through a service organization inspired by the concept of integrated networks in the supra-regional context, essential for the enhancement of the potential of the different locations that provide services.*

## 1. Una prospettiva di studio del fenomeno della mobilità sanitaria interregionale: il giudizio di parificazione della Corte dei conti

Il tema della mobilità sanitaria ricomprende al proprio interno profili complessi concernenti, da un lato, la necessità di assicurare a tutti una pari tutela del diritto alla salute e, dall'altro lato, questioni relative agli assetti organizzativi e gestionali dei servizi sanitari regionali e della interrelazione fra gli stessi. La mobilità interregionale produce non poche conseguenze sul piano della tenuta unitaria del sistema sanitario, venendo così a costituire un indice di efficacia e di efficienza del sistema sanitario regionale nel rispondere alle esigenze di salute della popolazione. Quindi, di converso, può essere letta anche quale possibile indice di misurazione del grado di soddisfazione dei cittadini rispetto ai servizi offerti nella regione di riferimento.

Al riguardo, il giudizio di parifica della Corte dei conti può costituire non soltanto un momento di riflessione sul fenomeno della mobilità, ma anche di analisi dei fattori che ne sono alla base e che possono aiutare a comprendere eventuali patologie del sistema che si estrinsecano in una mancanza del servizio o in una qualità insufficiente dello stesso. La sfida del sistema, infatti, è capire le cause della mobilità ed intervenire sulle stesse al fine di assicurare la tutela della salute sull'intero territorio nazionale, unitamente ad un grado di spesa sostenibile e preventivato.

L'analisi che la Corte dei conti effettua sulla spesa sanitaria in sede di giudizio di parifica può essere un punto di partenza per esaminare il fenomeno e, dunque, individuarne le cause per intervenire in modo efficace sul sistema.

Ciascuna regione dispone, nel quadro del Servizio Sanitario Nazionale, di strumenti incisivi per determinare le modalità di garanzia del diritto alla salute, secondo il proprio indirizzo di governo: l'organizzazione e la gestione del sistema e delle risorse finanziarie a disposizione possono contribuire alla costruzione di un "modello virtuoso" (che può essere anche oggetto di emulazione da parte delle altre regioni) che può agire nella direzione del miglioramento del sistema in generale, garantendone la tenuta unitaria e sfavorendo il ricorso a mobilità (che possiamo definire) "patologiche".

Di converso, i fattori che incidono sulla mobilità attiva possono diventare punti di forza del sistema sanitario regionale anche tramite la conclusione di appositi accordi fra regioni in vista di una organizzazione dei servizi che, guardando oltre il confine della regione, sappia valorizzare le risorse a disposizione.

In questa prospettiva emerge la funzione di garanzia del giudizio di parificazione della Corte dei conti, quale momento di valutazione delle voci principali del rendiconto, senza dimenticare che la sanità rappresenta la voce quantitativamente più rilevante del bilancio regionale.

A partire dalle analisi dei giudizi di parifica appare possibile individuare alcuni criteri di valutazione della qualità del servizio sanitario capaci di incidere sul fenomeno della mobilità. Il primo criterio riguarda il livello (o il grado) di protezione del diritto alla salute e precisamente concerne il livello di garanzia nell'erogazione dei Lea; il secondo attiene alla proporzionalità fra risorse assegnate e funzioni esercitate nell'ambito della gestione sanitaria. Entrambi i criteri conducono ad una valutazione dell'attività di programmazione svolta dalla singola regione (e dalle singole aziende sanitarie regionali) e della effettiva realizzazione della stessa.

Le analisi e le considerazioni della Corte dei conti nei giudizi di parificazione possono, dunque, contribuire alla individuazione di azioni correttive nella prospettiva della costruzione di un modello virtuoso di sanità regionale.

## **2. Il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale. Un quadro generale di riferimento per una riflessione sulle criticità e "virtuosità" dei sistemi sanitari regionali.**

Il fenomeno della mobilità sanitaria è esplicitazione del principio di unitarietà del SSN e del diritto di libera scelta delle cure da parte del cittadino. Tale fenomeno, oltre ad essere espressione del diritto del paziente di scegliere il luogo di cura, rappresenta un indicatore da monitorare in relazione sia alla salvaguardia degli equilibri economico-finanziari di ciascuna regione, sia alla valutazione dell'appropriatezza delle cure garantite sul territorio e del diritto alla prossimità dei servizi, in coerenza con le funzioni che fanno capo alle regioni e agli enti del servizio sanitario.

Il valore della mobilità è, infatti, indice della differente offerta dei servizi sanitari (e dunque della garanzia di tutela della salute) su tutto il territorio nazionale. E le diversità che

si registrano in tema di mobilità sono espressione di molteplici fattori (assistenziali, ospedalieri o ambientali), con aspetti e risultati eterogenei.

Un primo aspetto da valutare è rivolto ai diversi “tipi” di mobilità<sup>1</sup>: vi è infatti una “mobilità di confine” tra Asl di regioni limitrofe, ma vi è anche una mobilità verso altre (anche distanti) aree del Paese (nonché al di fuori dello stesso). Quest’ultima può essere legata a situazioni occasionali, ad esempio per interventi complessi, oppure può discendere dalla mancanza locale di offerta o dalla sfiducia nei servizi locali. Al contrario, la mobilità fra diverse Asl della medesima regione è un dato che non sempre viene preso in esame nei giudizi di parificazione<sup>2</sup>, in quanto ciò che rileva in quella sede è il saldo complessivo che incide sul finanziamento del Servizio Sanitario Regionale (ed ovviamente l’individuazione delle cause e degli strumenti di superamento della mobilità infra-regionale è una scelta che ricade interamente sulla regione interessata).

Le motivazioni che generano flussi di pazienti da una regione ad un’altra possono essere dunque le più diverse: dalla qualità dei servizi (nei casi in cui la scelta è legata alla ricerca di prestazioni considerate di migliore livello) o dalla “quantità” degli stessi (la cui necessità sia dettata dall’assenza – o dalla previsione di lunghe liste di attesa per usufruire – delle prestazioni richieste nella zona di residenza).

La lunghezza delle liste d’attesa è un problema che, si vedrà, emerge costantemente nei giudizi di parifica, ed è quello maggiormente percepito dai cittadini nell’ambito dei servizi sanitari, traducendosi spesso in rinuncia alle cure o in lunghe attese che spingono verso il ricorso alla sanità privata a pagamento diretto o alla mobilità interregionale. La questio-

<sup>1</sup> Sui diversi tipi di mobilità si veda lo studio condotto da Agenas, *I quaderni di Monitor, La mobilità sanitaria*, 2012, p. 33 ss. (in particolare il contributo di C. CISLAGHI, F. GIULIANI, *Gli strumenti per misurare la mobilità*, che distinguono una mobilità interna al bacino di utenza (tra casa e il presidio più vicino), una mobilità di confine tra aree sanitarie (Asl, Regioni), una mobilità occasionale (causata da spostamenti non dovuti a motivi sanitari), una mobilità programmata all’interno di una rete (per servizi necessariamente non diffusi) ed infine una mobilità per mancanza locale di offerta o per sfiducia nei servizi locali) e il Report Osservatorio GIMBE 2/2020, *La mobilità sanitaria interregionale nel 2018*, Fondazione Gimbe, Bologna, settembre 2020, [www.gimbe.org/mobilita2018](http://www.gimbe.org/mobilita2018).

<sup>2</sup> Nella relazione allegata alla parificazione del rendiconto della Regione Abruzzo 2021, ad esempio, “si osserva che, per quanto riguarda la mobilità extraregionale e internazionale, la Asl di Avezzano-Sulmona-L’Aquila che negli anni passati registrava un saldo positivo (da ultimo nel 2020 pari a euro 1.769.513, in riduzione rispetto al 2019, pari a euro 13.398.112), nell’annualità in esame registra un saldo negativo pari a euro 235.382. Le altre Aziende sanitarie, in linea con le annualità precedenti, presentano nel 2021 un saldo negativo ma, mentre per la Asl di Lanciano-Vasto-Chieti e per la Asl di Teramo gli importi risultano inferiori rispetto al 2020, la Asl di Pescara peggiora il risultato passando da euro -16.244.519 (2020) a euro -23.660.603 (2021). L’Azienda di Teramo continua a registrare importi a debito più consistenti prevalentemente verso le aree confinanti, ma, come detto, in diminuzione, pertanto, si ribadisce l’importanza della stipula degli accordi con le regioni contermini. Per quanto attiene alla mobilità intraregionale, si osserva che solo la Asl di Pescara, in continuità con gli esercizi precedenti, registra un saldo positivo (euro 62.971.791), in aumento rispetto al 2020 (euro 45.711.140). Le altre Aziende registrano saldi negativi, che peggiorano rispetto al 2020, in particolare, per la Asl di Avezzano-Sulmona-L’Aquila (da euro -5.000.984 a euro -12.148.937) e per la Asl di Teramo (da euro -12.476.723 a euro -22.104.495). La Asl di Lanciano-Vasto-Chieti, che continua ad avere il saldo negativo più consistente, registra un saldo pari a euro -28.718.359 (euro -28.233.433 nel 2020)”. Parimenti nella relazione alla parifica del rendiconto della regione Emilia-Romagna l’analisi è stata svolta anche a livello di singola azienda e non soltanto a livello complessivo di regione e evidenzia che soltanto due aziende sanitarie (AUSL di Piacenza e AUSL di Ferrara) presentano un saldo negativo di mobilità extra regionale, a fronte di un attivo per tutte le altre aziende, territoriali o ospedaliere, della medesima regione.

ne delle liste d'attesa continua ad essere una delle criticità più rilevanti che l'emergenza Covid ha determinato (o in alcuni contesti aggravato) sulla funzionalità delle strutture sanitarie regionali. La situazione negativa in termini di mancate prestazioni rese a livello ospedaliero e ambulatoriale è ancora consistente e riguarda tutte le regioni, nonostante gli interventi finanziari a ciò specificamente destinati<sup>3</sup>. Ed infatti la mobilità per ricoveri ospedalieri costituisce, ormai da tempo, la componente principale delle voci di mobilità<sup>4</sup> e tale dato affonda le proprie radici nei casi in cui le prestazioni richieste dal paziente sono complesse (ed erogate da poche strutture qualificate) oppure nei casi di “mobilità di prossimità”, in cui il paziente sceglie la struttura sanitaria più vicina, anche se dislocata in una regione diversa da quella di residenza; infine, quando vi è una carenza d'offerta sul proprio territorio, sia quantitativa sia qualitativa, gli utenti scelgono un presidio, anche distante, per ricevere cure tempestive o nella speranza di essere curati meglio; in quest'ultima ipotesi la mobilità è dovuta al contesto territoriale di riferimento che non è in grado di assicurare l'erogazione dei servizi collegati alla tutela del diritto alla salute (nonostante che tale diritto sia costituzionalmente garantito!)<sup>5</sup>.

L'individuazione e l'esame delle cause della mobilità richiedono dunque un approccio “analitico” ed indirizzato a ricostruire le ragioni della mobilità. Tale approccio mira ad accrescere l'efficienza del sistema sanitario regionale affinché lo stesso possa diventare un punto di forza, mentre le cause dell'inefficienza possono essere combattute attraverso azioni mirate.

Il fenomeno della mobilità sanitaria, infatti, rappresenta un aspetto rilevante anche dal punto di vista della gestione finanziaria sanitaria. La mobilità sanitaria attiva identifica le prestazioni erogate da ciascuna Regione per cittadini non residenti nella stessa ed esprime il cosiddetto “indice di attrazione” che, in termini economici, indica i crediti esigibili da ciascuna Regione. La mobilità sanitaria passiva<sup>6</sup>, al contrario, identifica le prestazioni erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza ed esprime il cosiddetto “indice di fuga” ovvero, in termini economici, i debiti di ciascuna regione.

La mobilità sanitaria ha ovvie ripercussioni sul piano del finanziamento del servizio sanitario regionale; dal punto di vista finanziario, infatti, l'art. 12, comma 3, del d.lgs. 502 del 1992 prevede, con riferimento al Fondo Sanitario Nazionale (FSN), che il finanziamento per le prestazioni erogate in caso di mobilità sanitaria debba essere compensato “in sede

---

<sup>3</sup> In questi termini, Corte dei conti, sezione regionale di controllo per l'Abruzzo, relazione allegata alla parificazione del rendiconto generale della Regione Abruzzo, esercizio 2021 (La spesa sanitaria).

<sup>4</sup> Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. La mobilità sanitaria. Quaderni di Monitor 2012.

<sup>5</sup> Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica, Mobilità passiva e in appropriatezza in sanità nella regione Calabria, in <https://www.epicentro.iss.it>

<sup>6</sup> Per una visione complessiva è possibile consultare l'area del Portale statistico di AGEANS, dedicata alla Mobilità sanitaria, da quale emerge che nel 2022 sono ben 14 le Regioni che hanno saldi negativi: Campania (-185,7 mln.), Calabria (-159,5 mln), Sicilia (-109,6 mln), Puglia (-87,6 mln), Liguria (-60,7 mln), Abruzzo (-49,5 mln), Basilicata (-40,3 mln), Sardegna (-34,4 mln).

di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le Regioni e le Province autonome”.

La differenza tra crediti, frutto della mobilità attiva, e debiti, conseguenza della mobilità passiva, determina il saldo di ciascuna Regione; il valore della mobilità sanitaria regionale assume dunque particolare rilevanza per tre ragioni fondamentali. Innanzitutto, per l’impatto sull’equilibrio finanziario di alcune regioni, sia in saldo positivo (es. Veneto ed Emilia-Romagna), sia in saldo negativo (es. Calabria e Campania); in secondo luogo, per la dispersione di risorse pubbliche e private nelle Regioni che si caratterizzano per un’offerta carente di servizi; infine, per l’aumento di prestazioni nelle strutture private accreditate.

Il finanziamento dei servizi sanitari regionali, basato su un modello di allocazione territoriale delle risorse con l’attribuzione di quote pro-capite per ciascun cittadino residente e con il finanziamento delle strutture erogatrici con corrispettivi unitari per ciascuna prestazione, pone la necessità di compensare i costi sostenuti per le prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza nazionali, rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli che hanno ottenuto il finanziamento pro-capite.

Le modalità di determinazione di tale compensazione sono rimesse alla Conferenza Stato-Regioni<sup>7</sup>: l’ultimo accordo disponibile è “l’Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all’anno 2020 – Regole tecniche” del 22 settembre 2021, nel quale sono definite le prestazioni oggetto di compensazione interregionale, i tracciati, le modalità e le tempistiche che regolano lo scambio dei dati, al cui termine il coordinamento delle regioni produce una tabella di riepilogo degli importi di mobilità da utilizzarsi nel riparto dell’anno successivo. Fra le prestazioni oggetto di compensazione interregionale regolate dall’accordo in argomento ci sono i ricoveri ospedalieri e day hospital, la medicina generale, la specialistica ambulatoriale, la farmaceutica, le cure termali e i trasporti con ambulanza ed elisoccorso. Inoltre, nell’accordo si esplicita che tutte le attività, ricomprese nei Lea nazionali e dallo stesso non contemplate, saranno addebitate tramite

---

<sup>7</sup> L’art. 4, c. 1, del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, affida alla Conferenza Stato-Regioni il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l’esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune. Al riguardo, il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Intesa sancita dalla Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 10 luglio 2014 - Rep. Atti n. 82/CSR), all’art. 9, commi 2 e 4, sancisce che le Regioni convengono che gli accordi per la compensazione della mobilità interregionale prevedono la valorizzazione dell’attività sulla base della tariffa regionale relativa ai singoli erogatori vigente nella regione in cui vengono erogate le prestazioni, fino a concorrenza della tariffa massima nazionale definita sulla base della normativa vigente; individuano e regolamentano, ai sensi del DM 18 ottobre 2012, i casi specifici e circoscritti per i quali può essere riconosciuta una remunerazione aggiuntiva, limitatamente ad erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per tenere conto dei costi associati all’eventuale utilizzo di specifici dispositivi ad alto costo. Detti accordi devono essere approvati dalla Conferenza Stato-Regioni, nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati. Il comma 4 prevede che in sede di accordi di cui ai precedenti commi 2 e 3 sarà possibile individuare volumi, tipologia e modalità di remunerazione aggiuntiva relative all’espianto e trasporto degli organi per il trapianto, alla ricerca e prelievo midollo osseo e CSE midollari nonché modalità di compensazione dei costi di ricoveri ospedalieri erogati, da unità operative e/o strutture pediatriche espressamente individuate alla casistica di età pediatrica ad elevata complessità assistenziale oggetto di mobilità nella misura in cui siano riconosciuti diversi da quelli della casistica generale.

fatturazione diretta, eventualmente preceduta da una comunicazione all'azienda sanitaria di residenza del soggetto.

Al fine di comprendere il fenomeno della mobilità nel suo complesso sarebbe auspicabile un monitoraggio che identifichi le prestazioni (anche per macroaree) che determinano il flusso dei pazienti da una regione ad un'altra; tuttavia, in assenza di questi dati, la mobilità sanitaria può essere indagata attraverso l'analisi della spesa sanitaria delle regioni, dalla quale si possono evincere le virtuosità o le criticità del sistema sanitario regionale. In particolare, dalle relazioni ai giudizi di parifica della Corte dei conti è possibile trarre delle linee guida uniformi che riguardano, in primo luogo, i Lea ed in secondo luogo il corretto ed efficiente utilizzo delle risorse finanziarie rispetto ai servizi erogati. All'interno di quest'ultimo parametro è possibile porre l'attenzione sulle liste d'attesa, sulla spesa per il personale, sulla gestione del Covid e sulla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, quali indici di attrattività o al contrario di fuga dell'utente.

### 3. La centralità dell'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni nei giudizi di parifica e l'incidenza sul fenomeno della mobilità sanitaria interregionale

Nell'attuale impostazione del Sistema Sanitario Nazionale sia lo Stato sia le Regioni sono chiamati a svolgere un preciso ruolo secondo un assetto organizzativo nel quale la garanzia dell'attuazione del sistema di protezione della salute è rimessa a moduli collaborativi. E, come visto negli accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria, anche con riguardo al fenomeno della mobilità è necessario svolgere un'analisi delle cause ed una valutazione degli effetti che non può prescindere dall'attuazione di forme collaborative fra le diverse realtà territoriali.

Il sistema sanitario nazionale è costruito, infatti, in modo da prevedere differenziazioni tra servizi sanitari regionali<sup>8</sup>, ma assicurando sempre la globalità della copertura assistenziale, l'equità di accesso al servizio, l'appropriatezza delle prestazioni sulla base di un finanziamento che gravi sulla fiscalità generale, con la finalità ultima di ridurre le diseguaglianze territoriali e dunque le conseguenti disparità di trattamento degli utenti<sup>9</sup>. A questo proposi-

<sup>8</sup> Sul rapporto fra sanità e regionalismo si veda R. BALDUZZI, *La giurisprudenza costituzionale in materia sanitaria tra paradigma e deroga*, in R. BALDUZZI, M. CAVINO, J. LUTHER (a cura di), *La Corte costituzionale vent'anni dopo la svolta*, Torino, 2011, p. 175 ss.; F. POLITI, *Governo del territorio e salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, a cura di R. BALDUZZI Bologna, 2017; G. MOR, *Il nuovo assetto organizzativo del servizio sanitario nazionale*, in *Sanità pubblica*, 1997, p. 620 ss.; A. CAPOTOSTI, *I limiti costituzionali all'organizzazione al funzionamento del S.S.N. nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in R. Balduzzi (a cura di), *Annuario DRASD*, 2010, p. 327 ss.

<sup>9</sup> Cfr. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista Aic*, 2019, p. 8 ss. Sul punto gli Autori sostengono che il rapporto fra tutela della salute e organizzazione sanitaria è stato risolto dalla Corte costituzio-

to l'aziendalizzazione del sistema si è mostrata come uno strumento di rafforzamento della regionalizzazione, seppur all'interno di dinamiche fra l'indirizzo politico amministrativo regionale e l'autonomia aziendale che non sempre si muovono nella medesima direzione<sup>10</sup>.

I livelli essenziali delle prestazioni rappresentano lo strumento-base per garantire l'uniforme fruizione delle prestazioni da parte di tutti i cittadini sul territorio nazionale<sup>11</sup>; essenziali sta infatti ad indicare la necessità e l'appropriatezza degli stessi, nella direzione di svolgere la funzione di "collanti di sistema", la cui individuazione a livello nazionale costituisce la premessa per l'autonomia organizzativa regionale<sup>12</sup>. E dunque a partire dai livelli essenziali, l'impegno organizzativo delle istituzioni di un territorio deve rispondere alla domanda specifica di assistenza dei cittadini che appartengono a quella determinata comunità territoriale. L'autonomia delle regioni nell'attuazione (territoriale) del diritto alla salute postula dunque risposte differenziate in ragione di interventi declinati sulla base delle differenze e specificità territoriali. L'adeguatezza delle risposte può essere desunta anche dalla gestione economico finanziaria della sanità da parte delle Regioni, valutazione che porta a soffermarsi sulla funzione del giudizio di parificazione del rendiconto.

Le regioni, infatti, per poter accedere al maggior finanziamento del SSN – quota premiale delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie – sono tenute a una serie di adempimenti, in base all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Tra gli adempimenti da rispettare c'è il "Mantenimento nell'erogazione dei Lea": dall'ultimo rapporto disponibile, relativo all'anno 2019, risultano valutate positivamente, ottenendo un punteggio uguale o superiore a 160 (livello minimo accettabile) in base alla Griglia Lea, 17 Regioni. In particolare, le dieci Regioni che raggiungono un punteggio superiore a 200 sono: Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Umbria, Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Abruzzo e Lazio. Altre sette Regioni si collocano in un punteggio compreso tra 200 e 160 (livello minimo accettabile): Puglia, Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Sicilia, Basilicata, Campania e Valle d'Aosta. La

---

nale nel senso non della distinzione tra due materie separate, ma in quello della inclusione della seconda nella prima (si vede la sentenza n. 371 del 2008, confermata più recentemente dalle sentenze n. 54 del 2015 e n. 231 del 2017).

<sup>10</sup> Sul punto R. BALDUZZI, *Sul rapporto tra regionalizzazione e aziendalizzazione in campo sanitario*, in *Quaderni regionali*, 2008, p. 1064 ss.

<sup>11</sup> I livelli essenziali delle prestazioni sono previsti dall'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost., e rappresentano, secondo i giudici costituzionali (sentenza n. 115 del 2012) "standard minimi" da assicurare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale onde evitare che gli utenti possano essere assoggettati ad un regime di assistenza sanitaria inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato. Si vedano sul punto C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, 2016, 77 e ss.; L. VIOLINI, *Salute, sanità e regioni: un quadro di crescente complessità tecnica, politica e finanziaria*, in *Le Regioni*, 2015, 1019 e ss.

<sup>12</sup> Così R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, p. 470 ss.; ID., *Livelli essenziali di assistenza versus livelli minimi*, in G. BARBERIS, I. LAVANDA, G. RAMPA, B. SORO (a cura di), *La politica economica tra mercati e regole*, Soveria Mannelli, 2005, p. 49 ss., nel quale si nota una certa astrattezza tanto nella nozione di livelli di assistenza, quanto nell'individuazione dello strumento per contenerli.



Provincia Autonoma di Bolzano, le regioni Molise, Calabria e Sardegna si caratterizzano per i punteggi inferiori a 160 e presentano diverse criticità ascrivibili all'area della prevenzione, all'area distrettuale e all'area ospedaliera.

Incrociando questi dati con quelli dei giudizi di parifica emerge da un lato il mancato aggiornamento della griglia dei Lea, circostanza che incide evidentemente sulla completezza dei dati alla base dei controlli della Corte dei conti, dall'altro il riferimento all'erogazione dei cosiddetti Extra-Lea<sup>13</sup>.

Su quest'ultimo tema appare opportuno ripercorrere brevemente le considerazioni della Corte costituzionale soprattutto con riferimento alle regioni sottoposte a piano di rientro. Nel giudizio di parifica relativo al rendiconto della Regione Puglia si legge infatti che “la Corte costituzionale, con sentenza n. 161 del 2022, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 3 della l.r. 6.8.2021, n. 31, recante “Implementazione del Test prenatale non invasivo (NIPT)”<sup>14</sup>. Secondo la Corte costituzionale, “in costanza del piano di rientro, rimane inibita alla Regione, nell'esercizio della competenza concorrente in materia di tutela della salute, la possibilità di introdurre prestazioni comunque afferenti al settore sanitario ulteriori e ampliative rispetto a quelle previste dallo Stato”. Prosegue la Corte che “in tale contesto normativo, il NIPT test previsto dall'intervento regionale in esame costituisce una prestazione non contemplata dall'art. 59 (Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità) del d.p.c.m. 12 gennaio 2017. Invero, si tratta di una prestazione di natura sanitaria, posta a carico del Sistema sanitario regionale, in ogni caso aggiuntiva rispetto a quelle previste dall'ordinamento statale”. Tale situazione comporta la sottrazione di risorse che devono essere, invece, destinate e utilizzate per consentire alla Regione di adempiere all'obbligo di garantire nel proprio ambito territoriale le prestazioni essenziali come attualmente definite<sup>15</sup>.

Sempre nei confronti della Regione Puglia la Corte costituzionale aveva già affermato che l'assoggettamento ai vincoli dei piani di rientro dal disavanzo sanitario impedisce la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie<sup>16</sup>. Si tratta di vincoli in materia

---

<sup>13</sup> Ad esempio, cfr. Corte dei conti – sezione regionale per il Veneto – relazione al giudizio di parifica del rendiconto 2021 (Deliberazione n. 101/2022/PARI).

<sup>14</sup> Con la l.r. n. 31/2021 la Regione Puglia, in via sperimentale, al fine di migliorare la qualità della gravidanza delle partorienti, in particolare di quelle con condizioni di rischio di salute per il nascituro, in termini sanitari e psicologici, ha previsto (per due anni a decorrere dalla data di entrata in vigore delle disposizioni), l'erogazione del NIPT test, quale screening prenatale per la diagnosi delle trisomie 13, 18 e 21, in regime di Servizio sanitario regionale senza oneri economici a carico di alcune categorie di donne gravide (art. 3).

<sup>15</sup> Alla luce dell'intervento della Corte costituzionale la Sezione Controllo Puglia “si riserva di verificare, in occasione del controllo che verrà svolto sul rendiconto della Regione Puglia per l'esercizio 2022, l'avvenuta cancellazione del residuo passivo di € 536.000 a seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 161 del 2022.

<sup>16</sup> In questi termini si vedano le sentenze della Corte costituzionale n. 142 e n. 36 del 2021, e n. 166 del 2020. Già nella sentenza n. 104 del 2013 la Corte costituzionale aveva azzerato le possibilità di scelta delle regioni ove questa non sia coerente con un disegno di razionalizzazione e di efficienza della spesa. La Corte afferma, infatti, che “la norma impugnata, disponendo l'assunzione a carico del bilancio regionale di oneri aggiuntivi per garantire un livello di assistenza

di contenimento della spesa pubblica sanitaria che costituiscono espressione di un principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica<sup>17</sup> che inibiscono alla Regione, in costanza del piano di rientro, nell'esercizio della competenza concorrente in materia di tutela della salute, la possibilità di introdurre prestazioni comunque afferenti al settore sanitario ulteriori e ampliative rispetto a quelle previste dallo Stato.

Se i Lea sono la soglia di prestazioni che lo Stato deve determinare per garantire l'uniforme trattamento sul territorio nazionale, ciò non esclude che le regioni "virtuose" possano garantire livelli ulteriori e più elevati di tutela<sup>18</sup>. Tale impostazione presuppone l'adeguatezza delle risorse finanziarie per rispondere innanzitutto alle esigenze dei Lea<sup>19</sup>; il rapporto fra equilibrio di bilancio ed effettiva erogazione dei Lea, infatti, richiede una valutazione in ordine al bilanciamento di principi posti entrambi sul piano costituzionale, valutazione in grado di incidere sulla garanzia effettiva dei diritti costituzionali e, dunque, del diritto alla salute. Da questo punto di vista l'intervento del giudice costituzionale, da ultimo, è stato nel senso di ritenere illegittime le riduzioni di spesa dalle quali derivi la limitazione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei Lea<sup>20</sup>, così da garantire l'attuazione effettiva degli "standard minimi" richiesti.

---

supplementare in contrasto con gli obiettivi di risanamento del Piano di rientro, viola il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria, quale principio di coordinamento della finanza pubblica e, in definitiva, l'art. 117, terzo comma, Cost.". Sul punto cfr. L. VIOLINI, *Salute, sanità e Regioni: un quadro di crescente complessità tecnica, politica e finanziaria*, in *Le Regioni*, 2015, p. 1029; M. BELLETI, *Le Regioni "figlie di un Dio minore". L'impossibilità per le Regioni sottoposte a Piano di rientro di implementare i livelli essenziali delle prestazioni*, in *forumcostituzionale.it*, 2014.

<sup>17</sup> In tal senso si vedano, *ex plurimis*, le sentenze n. 36 del 2021, n. 130 e n. 62 del 2020, e n. 197 del 2019.

<sup>18</sup> In questo senso si è espressa la Corte costituzionale nella sentenza n. 222 del 2013 nella quale ha distinto l'azione trasversale della normativa statale che individua la prestazione essenziale che deve essere assicurata su tutto il territorio dello Stato e la competenza della regione che si espande, in forma residuale, negli ambiti ulteriori. Tale impostazione è stata ripresa dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 91 del 2020 nella quale ha dichiarato la legittimità della disciplina della Regione Piemonte in materia di servizi sociali ed ha affermato che "la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (...) non comporta la regolazione dell'intera disciplina delle materie su cui essa possa di fatto accedere, e dunque non esclude (...) che le regioni e gli enti locali possano garantire, nell'ambito delle proprie competenze, livelli ulteriori di tutela. Fra i precedenti si veda anche la sentenza n. 387 del 2007.

<sup>19</sup> Sul rapporto fra Lea e risorse finanziarie si vedano R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?*, in *Studi in onore di Angelo Mattioni*, Milano, 2011, p. 57 ss.; Id., *Un inusitato intreccio di competenze. Livelli essenziali e non essenziali*, in L. VIOLINI (a cura di), *Verso un decentramento delle politiche di welfare. Incontri di studio 'Gianfranco Mor' sul diritto regionale*, Milano, 2011, p. 79 ss.

<sup>20</sup> Si vedano sul punto, *ex plurimis*, le sentenze della Corte costituzionale n. 275 del 2016, n. 169 del 2017, n. 6 del 2019, n. 62 del 2020 nelle quali il giudice delle leggi ha affermato l'indefettibilità costituzionale della spesa destinata ai Lea, i quali, costituendo un nucleo di garanzie costituzionali minime, sono sottratti a qualsiasi valutazione in termini di sostenibilità economica. In dottrina A. APOSTOLI, *I diritti fondamentali "visti" da vicino dal giudice amministrativo. Una annotazione a "caldo" della sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2017; G. BOGGERO, *La garanzia costituzionale della connessione adeguata tra funzioni e risorse. Un "mite" tentativo di quadratura del cerchio tra bilancio, diritti e autonomie*, in *rivistaic.it*, 2019; C. BUZZACCHI, *Il ruolo del "servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale" alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *forumcostituzionale.it*, 2020; R. CABAZZI, *Diritti incompressibili degli studenti con disabilità ed equilibrio di bilancio nella finanza locale secondo la sent. della Corte costituzionale n. 275/2016*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2017; L. CARLASSARE, *Bilancio e diritti fondamentali: i limiti "invalicabili" alla discrezionalità del legislatore*, in *Giur. Cost.*, 2016; I. CIOLLI, *I diritti sociali "condizionati" di fronte alla Corte costituzionale*, in *Riv. Giur. lavoro e prev. Soc.*, 2017, p. 353 ss.; C. DI COSTANZO, *Allocazione delle risorse e tutela della salute nella giurisprudenza costituzionale*, in *dirittifondamen-*

Al tempo stesso la Regione, ai sensi dell'articolo 20 del d.lgs. n. 118 del 2011, deve avere correttamente effettuato la perimetrazione delle entrate e delle spese relative al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale: questo adempimento è soggetto al controllo della Corte dei conti finalizzato a verificare la chiara esposizione nel bilancio delle risorse, degli interventi, degli oneri e delle entrate fiscali inerenti al Servizio Sanitario Regionale. E la Corte dei conti ha precisato che “l'individuazione dei capitoli sui quali vengono gestiti entrata e spesa sanitaria, differenziati in base alla natura e alla finalità delle stesse, in modo tale da rendere intelligibile l'entità dei vari impieghi (e dei Lea, in particolare), è essenziale per comprendere l'efficacia della programmazione e, quindi, la proporzionalità tra risorse assegnate e funzioni esercitate nell'ambito della gestione sanitaria”<sup>21</sup>.

Ciò significa che in sede di programmazione finanziaria i costi unitari fissati dal dpcm n. 65 del 12 gennaio 2017<sup>22</sup> devono essere sviluppati sulla base del fabbisogno storico proprio delle singole realtà regionali, secondo una proiezione che sappia però distinguere il fabbisogno finanziario destinato a spese incompressibili da quello che riguarda altri servizi che devono comunque essere oggetto di valutazioni in termini di sostenibilità finanziaria<sup>23</sup>. Ne consegue che l'esatta (o inesatta) individuazione delle risorse destinate a sostenere la spesa dei Lea ricade non solo sul piano del rispetto delle regole contabili, ma si estende

---

*tali.it*, 2021; C. DI COSTANZO, A. CERRUTI, *Allocazione delle risorse e tutela costituzionale del diritto alla salute. I sistemi in Europa e il caso italiano*, Bologna, 2020; E. FURNO, *Pareggio di bilancio e diritti sociali: la ridefinizione dei confini nella recente giurisprudenza costituzionale in tema di diritto all'istruzione dei disabili*, in *Giur. cost.*, 2017; A. LONGO, *Una concezione del bilancio costituzionalmente orientata: prime riflessioni sulla sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016*, in *Federalismi.it*, 2017; A. LUCARELLI, *Il diritto all'istruzione del disabile: oltre i diritti finanziariamente condizionati*, in *Giur. cost.*, 2016, p. 2343 ss.; L. MADAU, *“È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”*. Nota a Corte cost. n. 275/2016, in *Oss. Cost.*, 2017; M. MASSA, *Corte costituzionale e giustiziabilità dell'equilibrio di bilancio: dal principio alle regole (e ritorno)*, in *osservatoriosullefonti.it*, 2019; F. PALLANTE, *Dai vincoli “di” bilancio ai vincoli “al” bilancio*, in *Giur. cost.*, 2016; A. ZITO, *Diritti sociali e principio dell'equilibrio di bilancio: le dinamiche di un rapporto “complicato” nel prisma delle decisioni giudiziali*, in *Nuove autonomie*, 2020.

<sup>21</sup> In tal senso Corte dei conti – sezione regionale per il Veneto – relazione al giudizio di parifica del rendiconto 2021 (Deliberazione n. 101/2022/PARD) p. 493. Così anche la sentenza n. 62 del 2020 della Corte costituzionale, sulla quale si vedano le considerazioni di C. BUZZACCHI, *Il ruolo del “servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale” alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *forumcostituzionale.it*, 2020; C. EQUIZI, *I rapporti finanziari fra Stato e Regioni: supremazia o collaborazione?*, in *gruppodipisa.it*, 2022; F. MASCI, *I LEA non sono assoggettabili ad alcun vaglio di sostenibilità economico-finanziaria: un trend giurisprudenziale in consolidamento*, in *forumcostituzionale.it*, 2020; D. MONE, *La promozione dell'autonomia nel rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni a garanzia dell'uguaglianza e dell'unità*, in *gruppodipisa.it*, 2020; F. PALLANTE, *La legge della Regione Piemonte a sostegno delle Rsa: un'incostituzionale sottrazione di risorse vincolate all'attuazione dei Lea*, in *federalismi.it*, 2021. Sulla collaborazione fra i diversi livelli di governo si veda la sentenza della Corte costituzionale n. 169 del 2017, sulla quale A. CAROSI, *La Corte costituzionale tra autonomie territoriali, coordinamento finanziario e garanzia dei diritti*, in *Rivista Aic*, 2017; D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio Aic*, 2018.

<sup>22</sup> Sul travagliato aggiornamento dei Lea si vedano in dottrina G. VICARELLI, *I nuovi LEA: passaggio storico o illusione collettiva?*, in *Politiche sociali*, 2017, p. 517 ss.; B. VIMERCATI, *L'aggiornamento dei LEA e il coordinamento della finanza pubblica nel regionalismo italiano: il doppio intreccio dei diritti sociali*, in *Le Regioni*, 2017, p. 133 ss.

<sup>23</sup> In questi termini si veda la sentenza n. 169 del 2017.

al piano dell'attuazione della previsione costituzionale del diritto alla salute<sup>24</sup>; ne deriva che al finanziamento dei Lea deve aggiungersi un'adeguata programmazione e un'efficace erogazione della prestazione.

Pertanto la circostanza per cui le regioni spesso sono in difficoltà anche nell'erogazione delle prestazioni dei Lea fa sì che le stesse difficilmente (o non sempre) siano in grado di assicurare prestazioni al di sopra del livello dell'essenzialità.

Dal giudizio di parifica del rendiconto della regione Calabria, sottoposta al piano di rientro dal 2009, si evince che il punteggio raggiunto per la tutela dei Lea è largamente insufficiente<sup>25</sup>: tale difficoltà è spesso l'effetto di una contrazione delle risorse finanziarie da parte dello Stato, imputabile alla crisi economica in corso, ma anche di un'errata quantificazione delle risorse da parte della regione che si traduce, a sua volta, in un'errata identificazione dei mezzi idonei a sostenere la spesa; i documenti di bilancio devono infatti quantificare le risorse per i costi dei Lea e devono assegnare le risorse in modo coerente con i costi medesimi.

La sottoposizione ai piani di rientro sanitari rappresenta l'esito (infausto) di una errata gestione delle risorse ed è volta al ristabilimento dell'equilibrio finanziario delle regioni, ma anche ad evitare che gli utenti di una regione debbano essere assoggettati ad un regime di assistenza sanitaria inferiore per quantità e qualità al livello ritenuto intangibile dallo Stato<sup>26</sup>. Le regioni centro-meridionali, con *deficit* elevato, hanno visto la loro autonomia pesantemente ridotta nelle previsioni dei piani di rientro che hanno condizionato l'organizzazione dei loro servizi sanitari regionali e la connessa erogazione delle prestazioni che si attesta in alcuni casi, come visto, al di sotto della sufficienza<sup>27</sup>.

<sup>24</sup> Cfr. A. CAROSI, *La Corte costituzionale tra autonomie territoriali, coordinamento finanziario e garanzia dei diritti*, in *Rivista Aic*, 2017, p. 8 ss.

<sup>25</sup> Il punteggio di adempimento raggiunto nel 2019 è pari a 125, in notevole diminuzione rispetto al 2018 ove tale valore si era attestato a 162, risultando sufficiente. Il punteggio complessivo, per raggiungere un livello adeguato, deve essere, infatti, pari o superiore a 160, ovvero compreso fra 146 e 160 ove tutti gli indicatori siano in linea con le medie nazionali (quindi non critici). Così si legge in Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per la Calabria – Relazione annessa alla delibera di Parifica del Rendiconto Regionale esercizio 2020 (Delibera n. 141/2021/PARI).

<sup>26</sup> In questi termini si veda la sentenza della Corte costituzionale n. 233 del 2019 che, in relazione alla situazione della Regione Calabria, sottoposta al piano di rientro, ha affermato che le competenze regionali devono ritenersi temporaneamente ed eccezionalmente contratte onde evitare che gli utenti di quella regione abbiano un livello di assistenza inferiore. Sui piani di rientro sanitari si veda A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari studio sul modello solidale di regionalismo in Italia*, Pisa, 2021. Sul piano di rientro sanitario della Regione Calabria si veda anche la sentenza n. 168 del 2021 sulla quale A. PATANÈ, D. SERVETTI, *Il potere sostitutivo dello Stato di fronte alla "crisi dell'autonomia"*, in *Corti Supreme e Salute*, 2021, p. 257 ss.

<sup>27</sup> Così I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento, Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale*, oggi, in *BioLaw Journal*, 2019, p. 20; ID., *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria. Tra disuguaglianze e tentativi di emarginazione della decisione politica*, in *Diritti Regionali*, 2021, p. 40 ss.; sul punto anche L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, 2020, p. 11 ss.; A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari*, cit.; C. BUZZACCHI, *Cbi garantisce i LEA nelle regioni commissariate?*, in *Le Regioni*, 2019, p. 307 ss.; B. BRANCATI, *Tensione nei rapporti tra Stato e Regioni sul tema della sanità (a margine del decreto-legge n. 35/2019)*, in *Osservatorio Aic*, 2019, p. 1 ss.; G. D'AURIA, *Gli accordi Stato-regioni sui "piani di rientro" dai disavanzi sanitari quali vincoli per il legislatore regionale?*, in *Foro it.*, 2010, p. 2644 ss.

Il funzionamento del sistema, articolato nella determinazione, nel finanziamento e nell'erogazione dei Lea, richiede il coordinamento fra due diversi livelli di governo, quello statale che prevede le prestazioni che il servizio sanitario nazionale deve fornire ai cittadini e il conseguente ammontare delle risorse necessarie al loro finanziamento, e quello regionale a cui spetta il compito di organizzare sul territorio il servizio e, dunque, di garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle previsioni statali, ma offrendo risposte differenziate declinate in ragione delle diversità territoriali. Il ruolo delle amministrazioni che operano nel territorio è dunque fondamentale, in quanto alle stesse spetta il compito di organizzare un servizio che deve essere assicurato in ragione dell'appartenenza ad una determinata comunità; ciò significa anche che le amministrazioni sono responsabili dell'erogazione del servizio, la cui insufficienza mina il benessere della collettività locale ma anche quello della collettività nazionale<sup>28</sup>, generando, fra le diverse conseguenze, anche il fenomeno della mobilità passiva.

Dalle relazioni ai giudizi di parifica della Corte dei conti si evince, dunque, la tendenza degli ultimi anni secondo la quale nelle regioni del Nord, che si allineano sull'erogazione degli extra Lea, il saldo della mobilità è in positivo (Veneto, Emilia-Romagna, Lombardia – sebbene in questa regione il saldo della mobilità internazionale sia negativo, il saldo complessivo comprensivo della mobilità interregionale risulta comunque positivo).

Al contrario, spostando l'attenzione alle regioni del Sud emerge il mancato raggiungimento dei Lea (Puglia e Calabria), in una situazione che mostra criticità croniche nella gestione del servizio sanitario. Dalla relazione alla parifica del rendiconto della regione Puglia, che vede un saldo negativo sulla mobilità, emerge che il bilancio consolidato 2021 presenta una perdita consolidata imputabile, oltre che agli storici problemi regionali (eccesso della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, mobilità passiva extraregionale, criteri di riparto del fondo sanitario nazionale), principalmente agli effetti della pandemia da Covid-19. Nello specifico il giudice contabile rileva un livello di costi nel 2021 non compatibile con le risorse messe a disposizione per l'erogazione dei Lea, invitando la Regione a una “riflessione in merito alla gestione strutturale del FSR, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei Lea, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente”.

Infatti, dai dati del conto economico risulta un livello strutturale di costi non compatibile con la sostenibilità del SSR né con le ingenti risorse sempre incrementalmente messe a disposizione in considerazione del fabbisogno sanitario standard.

Per la regione Calabria il giudizio di parifica si ferma al rendiconto del 2020 e mostra forti criticità, fra le quali il deficit sanitario dichiarato che, per la magistratura contabile, è totalmente inattendibile e probabilmente ampiamente sottostimato. Con riferimento specifico

---

<sup>28</sup> In questi termini si veda C. BUZZACCHI, *Il ruolo del “Servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale” alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei Lea*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2020, p. 676.

alla mobilità sanitaria il saldo risulta essere negativo, confermando la tendenza storica della Regione Calabria, la quale ha sempre mostrato uno scarsissimo indice di attrattività sanitaria, a fronte di una elevatissima mobilità passiva connessa alla carenza di servizi sanitari. In tal modo, già a partire dalle prestazioni inerenti ai Lea, è possibile intravedere un parallelismo fra erogazione della prestazione e saldo della mobilità tale per cui al mancato raggiungimento della soglia sufficiente corrisponde un indice elevato di mobilità passiva (che al contrario vede nella erogazione degli extra-Lea un saldo attivo della mobilità).

#### 4. Il rapporto fra risorse assegnate e prestazioni erogate, a partire dall'analisi dei rendiconti delle regioni nei giudizi di parifica della Corte dei conti

Al fine di identificare le cause della mobilità sanitaria, accanto all'esame dei Lea, occorre prendere in considerazione un ulteriore parametro desumibile dai giudizi di parifica della Corte dei conti, parametro che attiene al rapporto fra le risorse assegnate e le prestazioni erogate.

Il semplice confronto dei flussi della mobilità non è sufficiente ad indagarne le cause, in quanto, al di là della compensazione economica tra le regioni, la mobilità deve essere affrontata e ricondotta nell'ambito degli obiettivi di equità del SSN e quindi governata sia a livello regionale che a livello nazionale. In alcuni casi il fenomeno risulta ridimensionato, mentre in altri la dimensione è di rilievo.

Tuttavia, come osserva il giudice contabile<sup>29</sup>, “il fenomeno della mobilità sanitaria si presenta molto difficile da analizzare dal punto di vista finanziario. Infatti, i dati disponibili si limitano agli importi di crediti, debiti e saldi per ciascuna Regione”. Ciò significa che non è possibile – dai soli documenti contabili – identificare i servizi specifici dei quali il sistema sanitario regionale risulti carente o “vincente” così come la valutazione dell'impatto economico complessivo della mobilità sanitaria richiederebbe anche la quantificazione dei costi (compresi quelli indiretti come, ad esempio, assenze dal lavoro di familiari, permessi retribuiti, etc.) sostenuti da pazienti e familiari per gli spostamenti. È quindi evidente che il saldo della mobilità incide – tra costi diretti e indiretti per i cittadini interessati e per i datori di lavoro – sul territorio regionale molto più di quanto il bilancio della regione stessa mostri.

Tuttavia, alcune indicazioni utili possono essere dedotte dai giudizi di parifica non soltanto con riferimento all'erogazione dei Lea, ma anche attraverso ulteriori parametri in grado di

<sup>29</sup> Si veda Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per la Calabria – Relazione annessa alla delibera di Parifica del Rendiconto Regionale esercizio 2020 (Delibera n. 141/2021/PARI).

segnalare le criticità ovvero le virtuosità del sistema sanitario regionale e la capacità dello stesso di ripresa dopo essere stato sottoposto anche allo stress test della pandemia<sup>30</sup>.

Nelle regioni che presentano un elevato livello di mobilità passiva, le criticità rilevate dalla Corte dei conti attengono ad una pluralità di profili che riguardano in particolare il rafforzamento della rete territoriale ed ospedaliera da un lato e la gestione dell'emergenza e del post emergenza dall'altro, che implica anche un approccio all'annosa questione delle liste d'attesa e della spesa per il personale sanitario.

Con riguardo al primo profilo, nella relazione al giudizio di parifica del rendiconto della regione Calabria, per la Corte dei conti risulta di tutta evidenza che la regione "è ben di là da rafforzare effettivamente la propria rete territoriale, essendo di fatto tutti gli interventi in corso di pianificazione e previsti, nella loro realizzazione, nel 2022 inoltrato quando – si auspica – il "peso" della pandemia sulle strutture sanitarie potrebbe essere differente grazie alla campagna vaccinale e all'uso di medicine più mirate". Parimenti, rispetto alla riorganizzazione della rete ospedaliera<sup>31</sup>, la gran parte delle somme stanziato dallo Stato "giace accantonata nei bilanci delle Aziende", senza che sia stata riorganizzata la rete ospedaliera. Il quadro che emerge mostra una situazione nella quale le risorse distribuite dallo Stato non sono state impegnate in modo efficace; a fronte di un incremento delle disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Regionale, dovuto ai maggiori finanziamenti per affrontare le spese dell'emergenza sanitaria, non si riscontrano infatti azioni pianificate per il miglioramento del servizio<sup>32</sup>.

A conferma di tale impostazione può citarsi la relazione al giudizio di parifica del rendiconto della Regione Abruzzo, nella quale si rileva la mancata adozione da parte della Regione delle "Linee di indirizzo per il riordino della rete territoriale", adozione importante anche alla luce del raggiungimento degli obiettivi di potenziamento dell'offerta territoriale previsti dal PNRR, ai fini dell'implementazione dell'offerta territoriale, mancanza che

---

<sup>30</sup> Si veda al riguardo Corte dei conti, Sezione delle Autonomie, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni e delle Province Autonome esercizi 2018-2020 (deliberazione n. 6/SEZAUT/2022/FRG).

<sup>31</sup> Il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza Covid-19, previsto dall'art. 2 del d. l. n. 34 del 2020, prevede che le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il SSN in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica. I piani di riorganizzazione, approvati dal Ministero della salute, sono recepiti nei programmi operativi di cui all'art. 18, comma 1, del d. l. n. 18/2020 e sono monitorati congiuntamente dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze.

<sup>32</sup> Ed infatti nel verbale del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica del LEA del 1° agosto 2019 emerge che nella regione Calabria oltre il 20% dei ricoveri dei residenti (per acuti in regime ordinario) risulta effettuato presso strutture collocate al di fuori del territorio regionale, con una complessità in linea al peso medio nazionale della casistica trattata fuori Regione. Nel verbale del Tavolo tecnico e del Comitato del 22 dicembre 2020 la percentuale scende al 19,6%, a fronte di una media nazionale dell'8,3%. Pur essendo tale percentuale in lieve riduzione (nel periodo 2015-2018 tale valore è sempre stato superiore al 20%) resta evidente l'incidenza patologica del fenomeno.

evidentemente determina una criticità nel servizio garantito. La Corte non manca di sottolineare come la definizione del nuovo documento di programmazione della rete ospedaliera sia importante anche ai fini della programmazione del personale, particolarmente nel periodo emergenziale, per le ripercussioni sulle conseguenti tempistiche imposte dalla normativa. Infatti il predetto documento è strettamente collegato alla predisposizione del “Piano triennale di fabbisogno del personale”, che lega inevitabilmente il fabbisogno di personale alla definizione della rete di offerta sanitaria. La rimodulazione della rete di offerta delle prestazioni sanitarie e la garanzia della sostenibilità economico-finanziaria della stessa rappresentano degli obiettivi programmatici necessari ai fini dell’implementazione dell’offerta e della riduzione della mobilità passiva che ad oggi caratterizza il servizio sanitario regionale (e si attesta ad un saldo negativo di 93.614.912)<sup>33</sup>.

Tale considerazione apre la strada alla valutazione di un ulteriore parametro che si può desumere dai giudizi di parifica e che attiene più in generale alla gestione dell’emergenza e della post emergenza: si tratta, nello specifico, delle spese per il personale. La gestione della pandemia, infatti, ha inciso sul potenziamento di taluni servizi con l’ampliamento delle strutture esistenti e la creazione di nuove strutture, ma ha reso non più procrastinabile anche il reclutamento (straordinario) di personale per ciascuna azienda sanitaria territoriale, anche attraverso il ricorso alla normativa d’urgenza in deroga alle ordinarie procedure vigenti.

Il Servizio sanitario nazionale, infatti, già caratterizzato da una storica carenza di personale medico ed infermieristico, si è trovato ad affrontare un’ulteriore criticità correlata al reperimento di un numero congruo di personale anche attraverso il ricorso alle prestazioni aggiuntive richieste al personale interno o ad appalti a ditte esterne per evitare l’interruzione del servizio sanitario. Si tratta di una situazione che porta con sé ulteriori conseguenze negative in termini di recupero delle prestazioni sospese per il Covid e di liste d’attesa.

Nella medesima direzione è possibile analizzare il “caso” della regione Piemonte<sup>34</sup>, la quale mostra un saldo di mobilità negativo imputabile ad una serie di fattori. Il controllo sugli aspetti finanziari da parte della Corte dei conti ha rilevato un continuo e progressivo incremento della spesa sanitaria con una parallela riduzione della spesa d’investimento ed un aumento, al contrario, della spesa corrente. Lo sforzo organizzativo compiuto per fronteggiare il Covid ha evidenziato, infatti, criticità che erano già presenti nella sanità

---

<sup>33</sup> Si veda anche la relazione alla parifica del rendiconto 2021 della regione Marche che presenta un saldo negativo sulla mobilità regionale. In particolare, le entrate per mobilità attiva accertate nel 2021 sono state pari a 109.046.811 euro, mentre le spese per mobilità passiva sono state pari a 135.949.392 euro (dati comprensivi dei valori della mobilità internazionale). Il saldo risulta fortemente negativo per l’ASUR (-52.989.870 euro), riducendosi parzialmente solo grazie alla maggiore attrattività delle Aziende Ospedaliere e dell’INRCA. Riflette tale situazione contabile la situazione della rete ospedaliera e di assistenza territoriale, rispetto alla quale sembra che la regione abbia iniziato l’operazione di potenziamento dei servizi. Parimenti si veda Corte dei conti, sez. regionale di controllo per la Basilicata, Delibera n. 140/PARI/2022.

<sup>34</sup> Si veda Corte dei conti, sezione regionale di controllo per il Piemonte, Delibera n. 101/2022/SRCPIE/PARI.



piemontese; in particolare si registra un tendenziale decremento del personale assunto ed operativo per l'emergenza dovuto alla fisiologica cessazione dei contratti, la cui flessibilità determina una continua rotazione delle figure professionali che incide sulla continuità assistenziale e sulla tempestività delle prestazioni, condizioni essenziali per assicurare servizi adeguati nel settore sanitario, nonché sui costi. Tale situazione si ripercuote sull'obiettivo del recupero delle liste d'attesa che non appare ancora pienamente raggiunto, palesando una criticità già presente in epoca precedente all'emergenza sanitaria.

L'abbattimento dei tempi d'attesa<sup>35</sup> deve rappresentare per le aziende sanitarie un obiettivo prioritario, soprattutto per gli effetti diretti che provoca sulla popolazione, per la quale i lunghi tempi di attesa spesso si traducono in ricorso alla sanità privata o alla mobilità sanitaria interregionale o, nei casi più gravi, in rinuncia alle cure ed aggravio delle condizioni di salute. Ed infatti, anche con riferimento a questo parametro, le regioni con alta mobilità passiva hanno un lento recupero delle prestazioni sanitarie<sup>36</sup>.

Alla luce di queste conclusioni vanno esaminati i medesimi parametri, con riferimento alle regioni che presentano un saldo attivo rispetto alla mobilità sanitaria.

La parifica del rendiconto della regione Veneto è incentrata principalmente sulla gestione economico-finanziaria dell'emergenza da Covid-19; al riguardo si sottolinea il rilevante ruolo svolto dalle unità speciali di continuità assistenziale (USCA), istituite al fine di assicurare la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19, ed il potenziamento dell'assistenza integrata territoriale (ADI) mediante l'attivazione di équipe infermieristiche che hanno operato, anche in modo non esclusivo, nei servizi di cure domiciliari afferenti alle UOC Cure Primarie delle Aziende ULSS<sup>37</sup>.

---

<sup>35</sup> A tal fine, sono previsti alcuni interventi straordinari che le Regioni possono adottare nel 2020 in deroga ai vincoli della legislazione vigente sulla spesa di personale e sono stanziati apposite risorse, che incrementano il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per il 2020 di 478 milioni. La scelta degli strumenti da utilizzare resta in capo all'autonomia delle regioni che, tuttavia, per accedere alle risorse, devono presentare un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, da inserire nel Programma Operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 previsto dall'articolo 18, comma 1, del d. l. n. 18 del 2020 (D.L. Crescita).

<sup>36</sup> Si veda ad esempio la del. Puglia, Abruzzo, Marche e Calabria (secondo la Corte dei conti nella citata relazione al giudizio di parifica "nei primi cinque mesi del 2020 la Regione ha accumulato, per tutte le tipologie di screening principali, ritardi più significativi rispetto alla media nazionale; le azioni indicate dal Commissario ad Acta per il recupero di tali prestazioni sono state pianificate in modo generico, ed i fondi messi a disposizione dallo Stato a tal fine (circa 15 mln di euro) non sono stati spesi dalle Aziende sanitarie, che li hanno accantonati in bilancio"). Dal rapporto redatto dall'Osservatorio nazionale screening (consultabile all'indirizzo web: <https://www.osservatorionazionale screening.it/content/rapporto-ripartenza-screening-maggio-2020>) si desumono le *performance* delle varie Regioni, in base a dati forniti dalle Amministrazioni, e si evince che i programmi di screening sono stati riattivati, ancorché in modo non omogeneo su tutto il territorio nazionale, anche in questo caso però con tempistiche, intensità e modalità diverse fra le varie Regioni e all'interno della stessa Regione.

<sup>37</sup> La Corte dei conti - sezione regionale per il Veneto – nella relazione al giudizio di parifica del rendiconto 2021 (Deliberazione n. 101/2022/PARI) muove al riguardo della gestione dell'emergenza un unico "rimprovero". Infatti "il Collegio - pur tenendo conto delle difficoltà legate alla gestione dell'emergenza sanitaria, della necessità di disporre costantemente di adeguate scorte e delle rassicurazioni della Regione circa il periodo di 5 anni di validità di utilizzo/scadenza dei beni Covid – ritiene opportuno richiamare l'attenzione della Regione, a fronte dell'elevato valore delle rimanenze registrato, sulla necessità di una programmazione dei futuri acquisti dei suddetti beni maggiormente rispondente ai reali fabbisog-

Rispetto al recupero delle prestazioni sospese a causa dell'emergenza sanitaria, nel 2021, la regione ha provveduto ad aggiornare il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, in attuazione del quale le Aziende del SSR hanno predisposto i propri piani aziendali per il recupero delle prestazioni non erogate. Tuttavia, l'accantonamento delle somme stanziare dalla regione da parte delle aziende sanitarie è, secondo il giudice contabile, sintomo della necessità di calibrare maggiormente i Piani operativi per il recupero delle liste di attesa sulle effettive risorse umane disponibili, al fine di allocare efficientemente gli stanziamenti utilizzabili<sup>38</sup>. Emerge, dunque, un quadro nel quale le prestazioni sanitarie sono erogate ai pazienti attraverso un sistema che, seppur con qualche marginale disallineamento, è in grado di offrire una risposta adeguata rispetto alle necessità.

Parimenti, se si pone attenzione sull'analisi della sanità della regione Emilia-Romagna i dati attestano, anche per il 2021, un saldo attivo di mobilità extra-regionale, sebbene in diminuzione rispetto al 2020<sup>39</sup>. Il saldo positivo conferma, rispetto ai parametri considerati, che la Regione ha raggiunto gli obiettivi previsti nel piano di potenziamento dell'assistenza ospedaliera<sup>40</sup>, mentre, in tema di riduzione delle liste di attesa, è emerso che nel 2021 i ricoveri ospedalieri hanno rappresentato l'ambito più penalizzato dall'emergenza pandemica, in quanto è risultato più difficile raggiungere un recupero totale della casistica rinviata; quanto alla specialistica ambulatoriale, le aziende sanitarie, dopo aver recuperato la totalità delle prestazioni sospese, nel 2021 si sono trovate a dover gestire una ridotta capacità produttiva, a causa della carenza degli specialisti, molti dei quali impegnati esclusivamente nell'emergenza Covid-19. Nel complesso la situazione mostra parametri in linea con l'erogazione di prestazioni sanitarie finalizzate all'obiettivo di garantire cure adeguate ai pazienti. In questo contesto, tuttavia, si deve notare che il risultato di esercizio della

---

gni". Si tratta evidentemente di una circostanza indicativa della differente gestione delle risorse pubbliche da parte della regione che mostra alti dati di mobilità attiva.

<sup>38</sup> Secondo la Corte dei conti "la Regione ha previsto per il recupero nell'esercizio 2021 delle prestazioni sanitarie sospese l'importo massimo di euro 41.058.093,30, a valere sulle risorse dei decreti statali emergenziali assegnate alla Regione nell'esercizio 2020 e accantonate al 31/12/2020, ripartendone tra gli Enti del SSR euro 35.303.605,3 e accantonandone euro 5.754.488,00 in Azienda Zero; secondo quanto riferito dalla Regione risulta, tuttavia, che sono stati utilizzati dalle Aziende sanitarie solo euro 19.699.668,80 – e, quindi, poco più della metà delle risorse ripartite – mentre la restante parte risulta accantonata dalle stesse Aziende. Pertanto, sebbene la Regione, oltre alle risorse accantonate al 31.12.2020, abbia stanziato ulteriori euro 20.355.820,30 per il recupero delle prestazioni sanitarie sospese, risulta che nel 2021 le Aziende hanno utilizzato solo parzialmente tali somme; il che ha comportato accantonamenti complessivi superiori a quelli dell'esercizio precedente".

<sup>39</sup> È interessante notare che "per il 2021 l'analisi è stata svolta anche a livello di singola azienda, facendo emergere che due aziende sanitarie (AUSL Piacenza e AUSL Ferrara) presentano un saldo negativo di mobilità extra-regionale, a fronte di un attivo per tutte le altre aziende, territoriali o ospedaliere, della Regione" (così Corte dei conti – sezione regionale di controllo per l'Emilia Romagna – Sintesi della relazione sul giudizio di parificazione del Rendiconto generale della Regione Emilia-Romagna es. 2021).

<sup>40</sup> Il Collegio rileva, tuttavia, "un ritardo nell'esecuzione dei lavori di realizzazione e di riconversione di posti letto, dovuto all'utilizzo ininterrotto dei locali, oggetto dei lavori, per la presa in carico di pazienti con Covid-19. Sul punto la Regione ha dichiarato che il 92 per cento degli interventi si concluderà entro il 31 dicembre 2022 e che, nelle more di tale completamento, garantirà un'adeguata e tempestiva presa in carico di tutti i cittadini con necessità assistenziali legate all'epidemia, attraverso la riconversione immediata di altri ambienti di cura già provvisti di tecnologie adeguate".

gestione Covid-19 al IV trimestre 2021 (pre-consuntivo consolidato) è risultato negativo, in quanto le risorse statali messe a disposizione per la copertura dei costi Covid-19 sono risultate insufficienti. La Regione ha reagito mediante l'utilizzo di risorse ulteriori, accantonate sulla Gestione sanitaria accentrata (GSA), ai fini del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio del Sistema sanitario regionale; tale circostanza ha indotto il giudice contabile, dato il protrarsi della situazione pandemica e l'eventuale maggiore spesa sanitaria, ad esprimere preoccupazione per la tenuta dell'equilibrio economico-finanziario del Sistema sanitario regionale per l'anno 2022, in considerazione del fatto che l'esercizio 2021, anche a fronte delle risorse previste dal livello nazionale in misura inferiore rispetto al 2020, è stato particolarmente critico, rendendo necessario intervenire con misure straordinarie, a legislazione vigente, non più ripetibili.

Il fenomeno della mobilità sanitaria, indagato attraverso i dati emersi nei giudizi di parifica della Corte dei conti, evidenzia una circostanza comune alle diverse realtà regionali esaminate: a fronte di un incremento da parte dello Stato delle disponibilità finanziarie, il servizio sanitario regionale ha fornito risposte differenti. Le regioni già bene organizzate hanno dato risposte positive, mentre le regioni meno organizzate hanno dato risposte meno positive o negative. L'emergenza epidemiologica ha avuto un forte impatto sul Sistema sanitario nazionale – sia per quanto concerne l'organizzazione dei servizi sanitari, sia in termini di flussi finanziari – e ha reso l'esigenza di rafforzare i servizi sanitari regionali un obiettivo prioritario non più rinviabile. Il principale strumento di valutazione del raggiungimento dell'obiettivo è la verifica del recupero delle liste di attesa, quale parametro che pone in relazione la prestazione ed il paziente; intorno a questo indice ruota la questione della carenza del personale sanitario e tutta l'organizzazione ospedaliera e territoriale. È emerso, dall'analisi dei giudizi di parifica, che regioni "virtuose" con mobilità sanitaria attiva hanno raggiunto l'obiettivo o operano in tal senso, diversamente dalle regioni che vedono un saldo di mobilità negativo.

## 5. Le possibili risposte al fenomeno della mobilità sanitaria

Il quadro della mobilità sanitaria, esaminato seguendo le considerazioni illustrate nei giudizi di parifica della Corte di conti, mostra una differenziazione dei sistemi regionali che vengono ad articolarsi tra regioni virtuose con un saldo di mobilità attivo, regioni meno virtuose (con un saldo negativo) e regioni sottoposte ai piani di rientro, palesandosi questi ultimi come il sintomo di profonde e ormai strutturali patologie accentuate dal permanere della crisi economica e finanziaria degli ultimi anni. Dietro al fenomeno della mobilità si celano invero le disegualianze di un sistema sanitario nazionale che corre a diverse velocità, nel quale è necessario recuperare la dimensione unitaria anche attraverso una reazione condivisa alla mobilità sanitaria.

Quando la mobilità rappresenta la reazione ad un sistema regionale in cui l'offerta è carente o non è adeguata – si è visto nei giudizi della Corte dei conti che tale situazione è spesso dovuta a problemi organizzativi e alle liste d'attesa – è necessario intervenire con attività tese a migliorare l'assistenza sanitaria anche attraverso la soluzione dell'annoso problema della carenza di personale medico e para-medico. Ciò presuppone un impiego efficace ed efficiente delle somme stanziare dallo Stato, rispetto alle quali alcuni sistemi sanitari regionali non hanno operato scelte sempre adeguate (e il caso degli accantonamenti delle somme non spese rilevati dal giudice contabile costituisce l'esempio principale).

Lo studio della mobilità sanitaria, tuttavia, non può non tenere conto delle ipotesi legate alla cosiddetta “mobilità di confine”, espressione con la quale si vuole intendere lo spostamento degli utenti da una regione ad un'altra confinante legato ad esigenze di prossimità del servizio<sup>41</sup>. Rispetto a questo fenomeno è auspicabile un approccio condiviso da parte delle regioni interessate tramite appositi accordi di confine<sup>42</sup> previsti dal D.M. 70/2015<sup>43</sup>. Si tratta di strumenti che dovrebbero favorire una crescente razionalità nell'uso delle risorse, anche attraverso una organizzazione dei servizi ispirata al concetto di reti integrate in ambito sovraregionale, indispensabile ai fini della valorizzazione delle potenzialità delle diverse sedi che erogano le prestazioni. Questa esigenza assume una valenza particolare nell'ambito delle prestazioni ospedaliere, soprattutto se riferite a centri di alta specialità, e anche rispetto ad alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali, con particolare riferimento alle aree geografiche di confine.

<sup>41</sup> Sulla “mobilità di confine” si veda F. MOIRANO, *La mobilità sanitaria nel quadro della riorganizzazione della rete ospedaliera*, in *I quaderni di monitor*, cit., p. ss., secondo il quale “un fenomeno molto diffuso soprattutto tra alcune regioni confinanti che può, talvolta, essere funzionale, in presenza di prestazioni di alta complessità, ma che rischia di far aumentare i costi senza modificare la qualità dell'assistenza per le prestazioni di medio-bassa complessità e di creare inutili competizioni tra regioni”.

<sup>42</sup> Si sofferma su questo aspetto la parifica del rendiconto della Regione Abruzzo, nella quale si legge che volontà della Regione Abruzzo di addivenire ad un accordo con le regioni limitrofe, in particolare, con la Regione Molise, è oggetto di apprezzamento da parte dei giudici contabili, i quali tornano a ribadire l'importanza degli accordi di confine, che rappresentano uno strumento in grado di incidere sulle dinamiche della mobilità sanitaria, e auspicano che tale impegno si concretizzi nella stipula di detti accordi, sui quali si porrà particolare attenzione in sede del prossimo giudizio di parifica.

<sup>43</sup> L'art. 8-sexies, comma 8, del d.lgs. 502/1992 prevede che il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto, definisca i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza e prevede che le regioni, nell'ambito dei citati criteri, possano stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale. L'art. 19 del Patto per salute per gli anni 2010-2012, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (Conferenza Stato-Regioni) con atto n. 243/CSR del 3 dicembre 2009, dispone che per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuano adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine anche di favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale. I contenuti dell'art. 19 del Patto per la salute 2010-2012 sono stati poi confermati dall'art. 9, comma 3, del Patto per la salute per gli anni 2014-2016, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni con atto n. 82/CSR del 10 luglio 2014, e dall'art. 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016).

In altri termini lo studio dei fenomeni di mobilità attiva e passiva può consentire un'adeguata risposta alle esigenze di una distribuzione dell'offerta di prestazioni sanitarie equilibrata rispetto sia ai centri di alta specializzazione sia nelle aree di confine mediante azioni sinergiche finalizzate per un verso alla più razionale utilizzazione delle rispettive strutture, per l'altro ad un più efficiente e appropriato impiego delle risorse che le stesse utilizzano<sup>44</sup>.

In questo modo l'accordo, nel disciplinare le tipologie di prestazioni di ricovero e quelle di specialistica ambulatoriale e i relativi contenuti economici, potrebbe consentire l'eliminazione progressiva delle eventuali differenze tariffarie, specie nell'ambito della specialistica ambulatoriale, al fine di realizzare una condizione di indifferenza finanziaria tra le due Regioni<sup>45</sup>; in questa direzione il saldo della mobilità sanitaria diventerebbe un dato effettivo, in grado di evidenziare effettivamente le criticità o i punti di forza del sistema sanitario regionale sui quali lavorare per garantire un sistema efficiente, in grado di fornire una risposta adeguata rispetto alle esigenze degli utenti, anche in un'ottica di prossimità del servizio.

Un sistema nazionale improntato sulla competitività fra regioni acuisce i fenomeni della mobilità, contribuendo ad alimentare la nascita di discriminazioni basate sulla residenza e sul reddito<sup>46</sup>; di converso l'elaborazione di un programma condiviso fra i sistemi sanitari regionali limitrofi (e non) potrebbe contribuire ad un miglioramento dei flussi di mobilità e ad una migliore comprensione degli stessi, a fronte dei quali intraprendere le opportune azioni correttive intese a recuperare, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, fenomeni di mobilità dovuti a carenze organizzative regionali che incidono sulla qualità e quantità di prestazioni.

L'obiettivo è, dunque, quello di distinguere dalla "mobilità patologica" (determinata da una carenza dell'offerta della regione di residenza del paziente) una mobilità fisiologica, riconducibile spesso alle aree di confine, dovuta ai flussi di pazienti che superano il confine

---

<sup>44</sup> Ne costituisce un esempio la convenzione tra la Regione del Veneto e la Provincia Autonoma di Trento per il rinnovo della collaborazione nel soccorso sanitario extraospedaliero nei comuni di confine tra le province di Trento e di Verona, nell'erogazione dei trattamenti e dei ricoveri in urgenza/emergenza per gli utenti provenienti dai comuni dell'Alto Garda, Alta Val d'Adige e zone limitrofe e nell'erogazione delle prestazioni in ambito cardiologico per i pazienti dell'Ospedale di Malcesine (Deliberazione Giunta Regionale n. 203 del 24 febbraio 2021). Si veda anche la convenzione tra la Regione del Veneto e la Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia per la regolamentazione dei rapporti relativi alle prestazioni specialistiche e ad altri servizi sanitari forniti alla popolazione del Comune di Cimolais tramite le strutture dell'Azienda Ulss 1 Dolomiti con sede a Belluno (approvata con deliberazione della Giunta Regionale n. 1310 del 25 ottobre 2022)

<sup>45</sup> Nell'accordo 2012 – 2014 di confine per la gestione della mobilità sanitaria fra la Regione Marche e la Regione Emilia-Romagna si precisa che L'Accordo di confine rappresenta lo strumento che le due Regioni "hanno individuato per il governo della mobilità sanitaria, ritenendo non accettabile una competizione sui volumi di attività – sia di ricovero che ambulatoriale – che agisca al di fuori di una programmazione comune. La programmazione dei volumi di attività nonché il rispetto dei criteri di appropriatezza sono vincolanti per tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate, delle due Regioni".

<sup>46</sup> Cfr. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario nazionale*, in *Federalismi.it*, 2019, pp. 19 ss.

della propria regione di residenza per accedere alle prestazioni in un ospedale che si trova in un'altra regione, mobilità che tuttavia non può essere sempre ricondotta a carenze nella rete di offerta della regione di residenza, ma più verosimilmente a una scelta del paziente basata anche su comodità di tipo logistico<sup>47</sup>.

Le risposte alla mobilità sanitaria possono essere, in ultima analisi, differenti e richiedono un approccio dinamico al fenomeno che si soffermi, da un lato, sulle criticità dell'offerta sanitaria che sono alla base della mobilità passiva (affinché si intraprenda un percorso mirato di miglioramento dell'assistenza sanitaria, che spesso mostra criticità storiche che prescindono dalla contingenza dell'emergenza sanitaria) e, dall'altro, ponga attenzione ai temi legati alla mobilità di confine mediante la conclusione di accordi per favorire un approccio condiviso e collaborativo da parte delle regioni interessate.

---

<sup>47</sup> Secondo il Ministero della Salute la mobilità di confine rappresenta, a livello nazionale, circa il 34 per cento dei casi di ricoveri fuori regione, con percentuali anche superiori al 60 per cento nelle regioni di piccole dimensioni (Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Trento, Umbria e Molise) e in Emilia-Romagna per l'elevato numero di regioni confinanti. Sulla mobilità fisiologica e patologica si veda O. CHECCONI, *Il quadro italiano della mobilità regionale*, in *I quaderni di Monitor*, cit., pp. 42 ss. nonché il Report Osservatorio GIMBE 2/2020, *La mobilità sanitaria interregionale nel 2018*, cit.